

〈研究ノート〉

介護保険制度をめぐる基本的問題と 理論的検討の課題

藤 松 素 子

はじめに

人はやがて老い、死を迎える。その過程において何らかの生活支援を必要とすることは、誰しも容易に想像できることであろう。とりわけ、少子高齢化が進む現代の日本社会において、子育て環境の整備と共に、高齢者福祉充実の必要性は誰の眼にも明らかなことである。その意味で、介護問題は人々が最も関心を寄せる課題のひとつとなっているといってもよいであろう¹⁾。しかしながら、日本において社会福祉の課題が地方自治体の主要な政策課題に本格的に位置づけられるようになったのは、ようやく1980年代に入ってからのことである。1989年の「高齢者保健福祉推進十か年戦略」を契機として、徐々にではあるが全国的に社会福祉サービスの量的拡大が進んできたといえよう。

こうして、市町村における社会福祉領域の基盤整備が10年をかけて整いつつあった矢先の2000年春、日本の社会福祉の仕組みが大きく変えられることとなった。1997年12月に成立した介護保険法が4月から施行され、3月には社会福祉事業法等8法の改正案が衆議院に上程され、6月から施行となった。前者は、戦後の日本における社会福祉システムの根幹を担っていた措置制度を解除し、あらたに契約制度を導入したことにおいて、従前の社会福祉システムの大転換を意味するものであった。また、後者は、この措置制度に基づいて運営されてきた社会福祉事業のあり方を変えるために、「社会福祉事業法」を名称変更し「社会福祉法」としてスタートさせたものである。

戦後日本の福祉行政については、その縦割り主義的構造や官僚機構の硬直化等から引き起こされる諸問題に対して、種々の批判が続けられてきた²⁾。従前のシステムに

1) 藤松(2002)を参照。

2) 1980年代の第2次臨調以降の流れとして、低成長時代における公私役割分担論を受ける形で、1986年5月に全国社会福祉協議会社会福祉基本構想懇談会提言「社会福祉改革の基本」

対するこれらの否定的論調を背景として、新たなシステムとしての介護保険制度に、国民は大きな期待をしたのである。それは、利用者と事業者の契約の下、客観的で科学的な要介護認定の結果に基づき、自立した賢い消費者が主体的にサービスを選択し、自由に購入することができるという理想的な制度のはずであった。

しかし実際には、各サービスの支給限度額に対する利用割合は4割にも満たず、要介護認定を受けた者の2割以上が全くサービスを利用しない状態を生み出している。権利として利用できるはずのサービスを、要介護高齢者・家族が主体的に利用しない主な理由とは、経済的負担に耐えられないことであり、その意味で明確にサービス利用は「抑制」されているのである。また、「施設から在宅へ」を志向したにもかかわらず、制度発足以前と比べて、特別養護老人ホーム待機者は飛躍的に増加している。都市部においては、一箇所あたり常時数百人の待機者が存在する。いつになったら入所できるか先の見通しももてない状況におかれたまま、支える家族の介護力は限界に達している。「社会的介護」の実現はおろか、事実上、家族介護への回帰現象を呈しているといえよう。

「介護保険はおおむね順調な発展を遂げてきている」³⁾という評価とは裏腹に、今日の高齢者介護をめぐる問題は看過できない厳しい事態を招いているという認識が必要である。政府が進める介護保険の「見直し」作業とは異なるレベルで、要介護高齢者・家族、およびそれを支える社会福祉労働者の抱える矛盾は、現行制度の抜本的見直しを要求せざるをえない状況に至っている。

本稿では、これまでに明らかになってきた介護保険制度における理論的・実践的問題点をふまえ、今後の課題について整理することとする。

ㄨ 構想」が発表された。ここでは、日本における社会福祉の重大な転機を前提として、「昭和20年代中ごろに作られた社会福祉制度の基本的枠組み」をそのまま維持存続することが困難となり、「その見直しと再編が」求められていることが強調されている。その方向性として社会福祉の「自由化」「柔軟化」をはかることを提案している。その後もこうした主張は続き、市町村の役割重視、自立と連帯に基づく住民相互の助け合い活動の奨励、民間福祉サービスの健全育成といった現代の社会福祉政策の流れにつながっていく。詳細は藤松（1994）を参照。

3) 厚生労働省の社会保障審議会・介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」（2004年7月30日）による。2003年5月27日から2004年7月30日まで16回にわたって議論した結果がとりまとめられている。

介護保険導入までの途

介護保険制度導入に際しては、既に多岐に渡る批判的考察が加えられてきた⁴⁾。ここでは、現下進行中の介護保険「見直し」議論の整理と分析に必要な論点に絞って、振り返っておきたい。なぜなら、制度推進に積極的だった論調のよってたつ「理念」が、現在の「見直し」議論の中で、どのような意味をもち、これからの介護政策をどこに導こうとするのかについて評価する上で必要な作業だと考えるからである。

高齢者介護をめぐる政策を少しさかのぼってみてみれば、高度経済成長の破綻を契機に始まった、一連の社会福祉「改革」の流れに行き着く。それは福祉六法体制がどうにか成立し、「福祉元年」(1973年)を迎えた矢先のことであった。突然示された「福祉見直し」「社会保障総点検」という政治的スローガンに呼応するように、1975年に出された『生涯設計計画－日本型福祉社会ビジョン』⁵⁾においては、経済危機下における福祉抑制論、高齢化社会危機論、高福祉・高負担論等が提示され、同年に発表された『福祉論争－ライフサイクル計画をめぐって－』⁶⁾では、「福祉の肥大化は止まりえなくなる傾向」を持ち始めている為、「自由で安定した強い個人のための基礎条件」として社会福祉政策を再編成されねばならないと強調され、世論形成に大きな影響を与えることとなる。

その後、第2臨調の唱える「増税なき財政再建」「活力ある福祉社会」というスローガンの下、個々人の「自助・自立」を基本理念にすえ、「含み資産」としての家族介護力頼みの「日本型福祉社会」建設に向かっていくが、1980年代に入ってこの方向性には若干の変更が余儀なくされる。これについては、「私的介護優先」政策から「家族介護支援」政策への移行と読み解く議論もみられたが、もうひとつの側面として、介護の担い手としての家族にかわる受け皿として、営利部門によるサービス供給に期待が向けられたことがあげられよう。また、その前提として、従来のような「保護や援助の対象」としてではなく、社会参加型の「元気な高齢者」像を描き、自助・自立の理念と「豊かな社会」論と結びつけた上で、シルバーサービス産業の顧客としての可能性を強調しているのである。しかし、当時の営利部門の参入は期待されたほ

4) 比較的早い段階から、介護保険そのものに的を絞って検討を加えたもののうち、まとまった文献としては、相澤 [1996]、里見・二木・伊東 [1996]、伊藤 [1997]、石川 [1998]、岸田 [1998] 等があげられる。

5) 村上編 [1975] を参照。「国民的緊急課題としての老後問題」を乗り切る方途として「日本型福祉社会論」をいかに展開するのかについて言及されている。

6) 日本経済新聞社編 [1975] を参照。

どの伸びを見せず、それにかわってクローズアップされたのが、「住民参加型在宅福祉サービス」であった⁷⁾。これは先進資本主義諸国の高齢者介護政策における福祉多元主義 (pluralism)⁸⁾の動向とも関わって、以後、日本独自の「参加型福祉社会」論ともいうべき流れを形成していくこととなる。社会福祉において市民・住民の「参加」は不可欠な要素であるが、それは必ずしもサービス供給組織への参加を意味するわけではない。社会福祉を推し進めていく運動的側面とあえて切り離して社会福祉システムを描いていくことに対しては、むしろ慎重であるべきであろう。この後の政策展開において、「参加」概念は常に意識的に織りこまれる重要な要素となっていくのである。

一方で、こうした未来予想図を描きつつ、1980年代は社会福祉関連の国庫負担率が引き下げられ、生活保護の「適正化」政策が推し進められ、老人保健制度が導入され、その結果としての「社会的入院」や「介護地獄」といった現象が増え続けていく。そして1989年に消費税導入と引き換えに「高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）」が策定されるが、当初の政府試算では地方自治体の実情に合致した基盤整備には全く追いつかず、1994年には引き続き「新ゴールドプラン」が策定されることとなった。それでも、施設整備も在宅を支えるマンパワーも充分確保できぬままに、日本経済はバブル崩壊を機に平成不況を向かえ、高齢者の生活を支える基盤である年金・医療・福祉の立て直す方策は迷走を始めるのである。

新しい介護システムの描き方

新ゴールドプランの検討と相前後して、1994年3月に厚生大臣の諮問機関として高齢社会福祉ビジョン懇談会により「21世紀福祉ビジョン—少子・高齢社会に向けて（以下21世紀ビジョンと略）」という報告書が出される。ここで「いつでもどこでも」「国民誰もが、身近に、必要な介護サービスがスムーズに手に入れられるシステム」の必要性が提起されたことを受けて、同年9月には社会保障将来像委員会が「社会保障将来像委員会第二次報告（以下第二次報告と略）」を公表し、初めて介護保険構想

7) 全国社会福祉協議会〔1989〕を参照。本書では住民参加型在宅福祉サービスを、地域住民の参加を基礎として公社・事業団、社会福祉協議会、生活協同組合、住民自主組織など非営利を組織理念とする団体の行なう家事援助やホームヘルプ等の在宅福祉サービスであると説明している。これらの参加が意味するものは、地域住民がマンパワーとして社会福祉サービス供給を担うことにあるといえよう。

8) Johnson, N. (1987); 青木郁夫・山本隆訳〔1993〕を参照。

が提示された。同年10月には「老人保健福祉審議会」が創設される。

また、同年4月、厚生省内に「高齢者介護対策本部」が設置され、同年7月には、その下に「高齢者介護・自立支援システム研究会」が組織され、同年12月に「新たな高齢者介護システムの構築を目指して（以下、研究会報告と略）」が報告されている。そして1995年7月には社会保障制度審議会が「社会保障体制の再構築（勧告）－安心して暮らせる21世紀の社会を目指して（以下、勧告と略）」を、同年同月に老人保健福祉審議会が「新たな高齢者介護システムの確立について（中間報告）（以下、中間報告と略）」、翌1996年4月に「最終報告」をまとめた。その後、介護保険制度法案成立に至るまでの政治動向の詳細な経緯等については他に譲り⁹⁾、ここでは「21世紀ビジョン」「第二次勧告」「研究会報告」の中で語られた介護保険制度導入の“根拠”と、その基本的性格を形作る理念について、いくつかピックアップして検討してみる。

まず、「21世紀ビジョン」では、介護を要する高齢者の増大を背景に、「国民の誰もが、身近に、必要な介護サービスがスムーズに手に入れられるシステム」の構築が必要であると述べている。その内容は具体性に乏しいが、次のような基本的視点が示されている。①医療、福祉を通じての高齢者介護サービスの総合的提供、②本人の意志に基き、専門家の助言を得て自立のための最適なサービスが選択可能な利用システム、③多様なサービス提供機関の競争による質の高いサービスの提供、④増大する介護費用の国民全体による公平な負担、⑤施設・在宅を通じての費用負担の公平化。

そして、「第二次報告」では、介護保障において「保険方式」を採用することの正当性として、以下のようなメリットを掲げている。それは、長寿社会においては要介護の状態になりえるために「保険のシステムに馴染む」こと、「負担とサービスの対応関係が比較的わかりやすい」ため国民の合意が得られやすいこと、「利用者にとって選択が可能」となること、利用者間の「負担の不均衡の是正」や「各サービス間の連携」が強化できること等である。

また、「研究会報告」では、さらに踏み込んだ提起がなされている。「高齢者が自らの意志に基づき、自立した質の高い生活を送ることができるように支援する」ことを目的に、「高齢者の自立支援」を介護の基本理念とする新しい介護システムとして、①予防とりハビリテーションの充実、②高齢者自身による選択、③在宅ケアの推進、

9) 里見賢治「新介護保障システムと公費負担方式」里見・二木・伊東 [1996] 16-22頁、伊藤 [1997] 第5章等を参照。

④利用者本位のサービス提供、⑤社会連帯による支えあい、⑥介護基盤の整備、⑦重層的で効率的なシステムを掲げている。

さらに、介護サービス利用については、「与えられる福祉」から高齢者自身が「選ぶ福祉」へ転換すべきであり、そのサービス提供に当たっては高齢者の「生活の質」の向上を目指した利用者本位の姿勢を貫くことの重要性をのべる。そして、選択を可能とする条件として、「普遍性」、「公平性」、「妥当性」、「専門性」が求められるとしたのである。そして、自己決定によるサービスの選択に際しては、契約方式がふさわしく、その実現のためには、租税に基づく公費負担方式から社会保険方式への転換が必要だと謳われた。

こうした議論の背景には、戦後日本における社会福祉の対象の変化・ニーズの多様化といったことがあげられてはいたが、実際には、高齢化の進展に伴う高齢者福祉の国庫負担増大を問題視した上で、これまでの措置制度に基づく社会福祉事業の運営に対する批判がその中心に位置づけられていた。端的に言えば、これまでの措置制度という「行政処分」により一方的にサービスが提供される中では、利用者の選択性が担保できないばかりか、「お上のお世話」になっていることによりスティグマから逃れることはできず、社会福祉を権利として利用することはできないのだという主張である。また、サービス利用者が低所得者にばかり偏り、応能負担に基づくシステムのために無料か低額で利用されていることが、更にスティグマを生む要因になっていると強調された。すなわち、閉塞感に満ちた日本経済において、高齢者の尊厳ある生活を実現するいわば「打ち出の小槌」¹⁰⁾として登場したのが「新しい介護システム」なのだというストーリーで国民に説明をしようとしたのである。

未だ審議の方向性が不透明な段階から、一般市民の認識の形成に大きな影響を与えた論者のひとりに京極高宣が挙げられる。周知のとおり、京極は中央社会福祉審議会委員、老人保健福祉審議会委員などを歴任し、介護保険制度の創設時からこれに深く関わり、現在2005年度に向けた「見直し」論議を担っている社会保障審議会・介護保険部会の委員、同障害者部会の会長でもある。制度創設前夜の時期に書かれた『介護革命』と題する書籍の冒頭はこのように始まる。

10) 宮武剛は介護保険導入にあたっての財源論を検討し、「介護保険は打ち出の小槌か」と批判している。宮武 [1995] 第8章を参照。この表現を踏まえて、二木立は、財源問題、ケアシステムとマンパワー、医療制度の三つの観点から制度の非現実性を検討し、介護保険は「打ち出の小槌論」に基くものだと主張した。二木立「公的介護保険の問題点」里見・二木・伊東 [1996] 128-135頁を参照。

「次のような話は、近い将来に実現する福祉のことです。いつでも、どこでも、だれでも——体が弱って誰かの助けがほしいと思ったら、専門家である介護福祉士などのホームヘルパーが、どんな条件もつけずに、あなたが住んでいる自宅へ毎日でもきてくれる。土曜日も日曜日の関係なく、施設に入らなくても住み慣れた地域で、自宅で、しかも24時間みてもらえるのです。それも市町村などの自治体のサービス提供機関を利用するのもいいが、自分の気に入った民間の団体、福祉サービスの営利会社に頼んでもいい。その判断はあなたにまかせられています。」¹¹⁾

また、財源問題に関わって、租税方式ではなく保険方式を導入するメリットについて、「社会保険方式だと、現在の医療保険と同じように保険証一枚を差し出すだけでいいのですから、利用のしやすさは天と地ほどの開きがあると思います」と説明している¹²⁾。細かな表現の誤りはともかくも、先に見た各答申が描いたイメージ図を表現すれば、確かにこうなるのであろう。しかし、ここで描かれた「夢のような話」¹³⁾は、本人の力説にもかかわらず、これからみるとおり、まさにファンタジーでしかなかったのである。

制度発足時点で指摘されていた論点

これに対して、保険システムを採用する介護保険制度導入に懐疑的であった論者たちの評価のポイントは、大別すると次の4点に整理できよう。

第1に、「自立支援」と介護の「社会化」についての評価である。前節でも整理したように、確かに「新しい介護システム」の議論の大前提は、長期化する家族介護の問題をいかに解決するかということであった。先に見た「第二次報告」では、「寝たきりなど生活上手助けを必要とする人とその手助けを行なう家族の生活を守るために、その者が必要とする介護サービスを負担能力に妨げられずに受けられることを保障する」ことの必要性を掲げている。また、「研究会報告」においては、新しいシステムにおける介護の基本理念として、「高齢者の自立支援」という表現を用いている。

こうした指摘に対して、政策理念の大きな変更とみなし、「日本型福祉社会論」以

11) 京極 [1996] 12頁を参照。

12) 同上, 148頁を参照。

13) 同上, 13頁を参照。

来の「私的介護優先」や「家族介護支援」政策から「要介護者の自立支援」政策への転換であるとする積極的な評価¹⁴⁾がみられた。もちろん、家族介護の限界という厳しい事実を前に、基本理念として「要介護者の自立支援」とセットになった介護の「社会化」を歓迎する傾向は強かった。確かに現状の矛盾をのりこえる方向性として、新しい理念を掲げることは必要である。また、こうした理念が現実化されることを否定するのは、女性を家庭に縛り付けておかなければ不安になる一部の人たちだけであろう。しかし、こうした理念の提起があることをもって、介護政策の転換と評価することについてはいささか疑問が残る。これについては後ほど検討したい。

第2に、措置制度批判と保険方式採用の根拠とその意味についてである。

伊藤周平氏は、高齢者の介護現場の実態、福祉「見直し」政策以降の社会福祉動向、医療費抑制政策の変遷、経済政策との関連等の分析を経て、現在の介護問題・高齢者医療問題の荒廃をもたらしたのは、臨調「行革」以来の医療・福祉への公費支出、国庫支出の抑制・削減政策にほかならない¹⁵⁾と述べている。その証左として、社会保障給費における国際比較を例に日本の社会保障費用の国・事業主負担の著しい低さを指摘し、こうした問題点を顕在化させずに新しい財源を求めた結果、保険方式が導入されたと説明する。

また、二木立氏は、社会保険方式一辺倒の議論は三つの意味で「不公正」であると主張する。それは、①社会保険方式の最大の欠点として「保険料未納者⇒無保険者の発生」（低所得者層および「現役世代」の相当部分が保険料未納となる危険性）を無視していること。これに加えて、「措置制度自体の欠点とされるものの多くは、福祉予算制約のための施設・サービスの供給量の絶対的不足や、措置制度の硬直的運用により生じている」ことを無視していること。②在宅ケア水準の高い北欧諸国等における公費負担方式の成果を無視していること。③保険方式を導入すれば自動的に「選択の自由」が保障されるわけではなく、現に北欧諸国のみならず日本においても保育所・特別養護老人ホーム入所時などは、公費負担方式においても選択が行なわれている事実を無視していることとして説明されている¹⁶⁾。

更に、岸田孝史氏は実践現場の立場から、戦後日本の社会福祉における措置制度がナショナルミニマムを担ってきたこと、日本国憲法、老人福祉法を根拠として、社会福祉における国家責任・地方自治体責任を明確にしてきたこと、民間への委託におい

14) 里見 [1996] 里見・二木・伊東 [1996] 42頁参照。

15) 伊藤 [1997] 第2章・第3章・第4章を参照。

16) 二木 [1996] 里見・二木・伊東 [1996] 109-117頁を参照。

でも公的基準と公的費用によって運営されてきたことの歴史的社会的意義について述べている¹⁷⁾。

すなわち、社会保障政策全体の変遷過程の検証結果からも、保険方式・公費負担方式の複眼的評価の視点からも、現場における実践の到達点という観点からも、措置制度を全面否定し、社会保険方式に移行する根拠が薄いことが示されたのである。

第3に、「研究会報告」で強調された利用者の選択性を担保する「普遍性」、「公平性」、「妥当性」、「専門性」の実現のためには、介護保険制度を導入し、サービス調達は市場に期待するシステムの構築が不可欠であるとの主張に関わってである¹⁸⁾。

「普遍性」については第2の論点とも関わるが、そもそも保険システムのもつ「排除原理」と、その結果としての低所得者層の切捨て¹⁹⁾や、対象者の限定が行なわれるリスク²⁰⁾を想起すれば、おのずとその問題点は明らかである。介護保険の用意するシステムでは、正しい意味における「普遍性」は担保できない構造になっているからである。これは必ずしも低所得者層だけの問題ではない。自分の居住地域において需要にみあう社会基盤が整備されていなければ、例え経済的に余裕のある層であったとしても、サービスを利用する普遍的条件は用意されないからである。また、介護を要するという意味では同様の「普遍性」を担保すべき40歳未満の障害者を制度対象としていないことは、「普遍性」を追求すべき制度としては、「決定的なウィークポイントの一つ」²¹⁾であり、「不公正」²²⁾だという評価もうなずけよう。

「公平性」については、誰にとつての「公平」なのかが問題となる。「研究会報告」にあるように、所得の多寡や家族形態に関わりなく、すべての高齢者が「サービスを受ける場所や種類・内容によって、利用手続きや利用者負担に不合理な格差がなく、公平であること」と考えた場合、これを保障するには、「要介護認定システムの公平性」と「利用者の選択を可能とする介護サービスの整備」²³⁾が不可欠である。しかしながら、要介護認定の一次調査の妥当性は当初から問題視されており、市場原理に委ねた中での基盤整備の困難性、待遇改善なきマンパワー確保の困難性、公費負担なき

17) 岸田 [1998] 99-108頁を参照。

18) 成立した介護保険法をみれば一目瞭然ではあるが、こうした理念はその後の審議過程において徐々に後退し、ほとんど実現化していない。しかし、当時はこのイメージが世論形成に大きな役割を果たしたのである。

19) 里見 [1996] 49-52頁を参照。

20) 伊藤 [1997] 128頁を参照。

21) 里見 [1996] 67頁を参照。

22) 二木 [1996] 118頁を参照。

23) 同上、17頁を参照。

施設の増設の困難性等により、「国民誰もが、身近に、必要な介護サービスがスムーズに手に入れられるシステム」などではまったくないことが示されている²⁴⁾。

「妥当性」「専門性」については、措置に基づくこれまでの社会福祉実践においては、選択する権利がなく、競争原理が働かないことによりサービスが画一的であったという認識に基づき、市場原理を導入すれば、自動的にサービスの妥当性・専門性が担保されるかのように描かれている。これに対しては「介護サービスのように需要に対してサービス量が圧倒的に不足している場合には、競争原理は働かない」こと、そうした下では「どんなに質の悪いサービスであろうが、どんなに利用料が高かろうが、その地域にそのサービスしかなければ、要介護者はそれを利用するしかない」ことになり、選択性などまったく追求できないであろうことが指摘されている²⁵⁾。

第4に、「新しい介護システム」のしくみと内容についてである。主要には介護保険そのもののもつ構造的・制度的問題とその運用、そして医療保険との関わりについてである。その詳細についてはここではとりあげないが、地域で暮らす要介護者にとって、最も大きな問題として以下の3点をあげておこう。それは、①保険料負担問題、②要介護認定・利用料・支給限度額・社会基盤の未整備による「利用抑制」問題、③介護報酬の低さ、規制緩和に伴う福祉労働現場における混乱と労働条件の悪化の問題である。その具体的な内容については制度発足後に明らかになった問題と共に後述する。

いずれにしても、制度発足時点において既にこれだけ多くの問題点を孕みつつ、財源問題、被保険者の設定等々で議論が紛糾しながらも、制度にかかわる本質的な議論を経ぬままに、現在の矛盾を乗り越える術として「新しい介護システム」²⁶⁾への期待ばかりが取りざたされた。その結果、国庫負担の削減と社会福祉領域における市場原理の導入を前提に、明らかな「欠陥」²⁷⁾を放置したまま、社会保険方式に基づく介護保険制度の導入が決定されることとなったのである。

24) 同上、155-166頁を参照。

25) 同上、173-176頁を参照。

26) 八田・八代 [1995] では、これまでの措置制度にもとづく社会保障・社会福祉政策を「弱者」保護政策として位置付け、これからの脱却を主張している。また、八代ほか [1996] では、こうした認識をベースに新しいシステムにおける経済的・財政的メリットについて提起している。

27) 石川 [1998] のタイトルにも用いられた用語。本書では、介護保険システムの実際上の問題点をつづさにあげて、介護保険の制度的「欠陥」とそれに対する代替案を提示している。

制度「見直し」議論の展開

介護保険制度が始まってから4年が経過したわけであるが、審議段階から既に指摘されていた理念的・実際の諸問題は、社会福祉現場に具体的な矛盾として噴出し、介護を必要とする人やその家族たちの生活は多くの影響を被ることとなった。

介護の「社会化」・家族介護依存状態の解消というファンタジーは、やはり実現しなかった。打ち出の小槌も、魔法の杖も現実には存在せず、すべての要介護者が権利として社会福祉サービスを選択・利用する条件が、すぐに整うはずもなかった。厚生労働省が毎月公表している「介護保険事業状況報告」によれば、2004年6月現在の第1号被保険者（65歳以上高齢者）数は、全国で2458万5275人。そのうち、要介護認定を受けた者は380万708人で、全体の15.5%程度。第2号被保険者（40歳～64歳未満）の要介護認定者13万9235人とあわせると、全国で393万9943人が認定を受けたことになる。

このうち実際に介護保険サービスを利用している人数は、居宅介護サービス受給者数で231万4883人、施設介護サービス受給者数が75万7593人で、合計307万2476人ということになる。すなわち、認定は受けたにも関わらず、介護保険サービスを利用していない者は、86万7467人にもものぼるのである。そして、このような状況は、制度実施直後と比べてみても、ほとんど改善されていないのである²⁸⁾。

介護保険料を支払い、要介護認定を申請し、認定結果の通知を受けていながらも、その2割以上が実際にはサービスを利用していないというこの事実を、どのように受け止めるべきであろうか。その最たる原因は介護を必要とする高齢者家族にとっての経済的問題があげられよう。どれだけ統計的な平均値をもって描かれる「活力ある高齢者」²⁹⁾像がもてはやされようとも、高齢者世帯の約三分の一は生活保護基準並み、あるいはそれ以下で生活していることが多くの実態調査からも明らかにされている³⁰⁾。介護保険により誕生した要介護認定の結果、客観的・科学的に「社会的介護を必要とする存在」と認定された人がサービス利用をしないということは、社会基盤

28) 石川・自治体問題研究所 [2000], 19-22頁を参照。

29) 介護保険制度発足直後、平成12年度版『厚生白書』では、新しい高齢者像として「活力ある高齢者」イメージを前面に押し出した。平成15年度版『厚生労働白書』の特集も「活力ある高齢者像と世代間の新たな関係の構築」とある。

30) 本研究会の調査結果（金澤論文）、地域福祉研究会による全国調査（河合ほか [2001]）等を参照。また、政府が描く「豊かな高齢者像」については、制度間、個人間の格差、統計学的平均値の無意味さ等を政府が実施する調査分析から明らかにし、貧困による生活の収縮等を実証的に説明している唐鎌 [2002] 等を参照。

整備の遅れもさることながら、経済的自己負担に耐えられないことによる選択的結果だということを、私たちは重く受け止めなければならない。

そんな中、2003年4月には、制度実施以来初の第1号被保険者の保険料と介護報酬の改定が行なわれた。要介護認定者数は、1999年11月段階で厚生省が推計していた305万人（2003年度予測）を大幅に上回り、サービス利用の増加により介護保険給付費も増大傾向にある。こうした事態を反映して、第1号被保険者保険料は全国平均で13.1%も引き上げられ、基準額は全国平均で3293円になっている。

こうした現状に対応すべく、2003年5月、厚生労働省は社会保障審議会に介護保険部会（貝塚啓明部会長）を設置し、2004年1月には介護制度改革本部をたちあげて本格的な制度「見直し」にむけての検討が始まった。これに先立ち、2003年11月には財政制度等審議会から、利用者の自己負担率の引き上げ（現行の1割から2～3割に引き上げ）や、施設における食費・ホテルコストの別途徴収等が提言された。こうした財政効率からの「見直し」のプレッシャーを受けつつ、議論の中心は、介護保険と障害者福祉施策との統合、被保険者・受給者の範囲の拡大等に収斂されていくこととなった。

「見直し」議論に対しては、諸団体からも多くの意見・提言がなされている。2003年12月には東京都武蔵野市から『介護保険施行5年後の制度見直しに向けて～武蔵野市からの提言～』が出された³¹⁾。その「介護保険施行5年後の制度見直しに向けた武蔵野市からの緊急提言」においては、保険料の累進性導入、保険者による事業者への指導監督権限の付与、要介護認定における生活環境・家族状況等を審査対象に加える、居宅サービスとの格差を是正すべく低所得者に配慮したホテルコスト導入、居宅サービスの充実、ケアマネジャーの資質向上、介護予防施策の充実、成年後見制度の充実などを掲げ、焦点となる被保険者年齢引き下げと障害者施策との一体化には慎重な態度を呈しながら、国の公費負担の増加等を含む計12項目の提言を行なっている。

また、「介護保険制度の抜本的な改革に向けた武蔵野市の提言」においては、公的介護を社会保険方式で運営するのは限界であることを指摘し、「介護目的税（仮称）」を創設して、消費税と一体的に徴収すること、国に「介護特別会計（仮称）」を新設して、使途の明確化と透明性をはかることを提案している。また介護保険料については、低所得者層の負担軽減のためにも現行の5段階区分を細分化し10段階とした上で

31) 武蔵野市介護保険課ホームページを参照。www.city.musashino.tokyo.jp/section/06030kaigo/index.html

「累進保険料・個人賦課方式」への移行の必要性を述べている。

居宅サービスと施設サービスの「格差」を「ホテルコスト」導入で解消するといった提案はともかく、当該自治体の市民の生活実態、現場専門職の意見を考慮した上でこのような積極的提案は、制度見直しに関わって一考に価するものといえよう。

また、21世紀・老人福祉の向上をめざす施設連絡会からは、2004年1月に「政策提言」が出されている。そこでは、高齢者生活施設の現状をふまえた上で、「権利としての老後保障」を確立するために、以下の10項目にわたって提言がなされている。①高齢者福祉における介護保険の位置づけの明確化と高齢者福祉全体の充実、②要介護認定の廃止、③介護給付の積算根拠の明示および専門職に相応しい給付設定への改善、④保険財源を国二分の一、都道府県・市町村四分の一負担とし、保険料は応能負担に、利用料の減免制度充実、⑤特別養護老人ホームの待機者対策・入所基準の改善・弾力的運営・生活施設に相応しい医療機能の充実、⑥生活困難者を排除せず、生活支援を強化した養護老人ホームの実現、⑦ケアハウスの居住環境の改善・職員配置基準の充実、⑧職員体制・職員の身分保障、⑨民間営利企業参入の制限と必要な助成制度の確立、⑩居住の場による医療・社会福祉制度利用の格差の是正等である³²⁾。すなわち、現行の要介護認定の設計、介護報酬の水準、区分限度額の設定、利用料自己負担により、高齢者の「尊厳の保持」が守られていないことが、動かしがたい事実として指し示されているのである。

他にも全国市長会からは「介護保険の基本的見直しに関する意見」として、先の武蔵野市とほぼ同様の項目で意見が集約され、低所得者対策における財政措置を講じる必要性、保険財政における国の調整交付金の別枠設定、被保険者の年齢拡大・障害者施策との統合についての慎重な議論の必要性などが指摘されている³³⁾。

保険者としての市町村、指定事業者である社会福祉施設からのこうした指摘は何を意味するのか。すなわち、逆進性がつよく、介護給付費がそのまま保険料ひきあげに直結し、利用料負担と要介護認定により本来必要な介護サービスが受けられなくなるような制度設計の根本的矛盾の指摘であり、それを前提とする社会保険方式による介護保険制度の限界を示すとともに、その抜本的な見直しの必要性を迫るものであった。

しかしながら、2004年7月の社会保障審議会障害者部会「今後の障害保健福祉施策

32) 『賃金と社会保障』[2004a] 39-49頁を参照。

33) 『賃金と社会保障』[2004b] 4-6頁参照。

について（中間的な取りまとめ）」においては、「今後、地域福祉の考え方に立って障害保健福祉施策を推進するため、支援費制度など現行制度について当面の制度改善を図りつつも、国民の共同連帯の考え方に基づいており、また、給付と負担のルールが明確である介護保険制度の仕組みを活用することは、現実的な選択肢の一つとして広く国民の間で議論されるべきである」ことを提示している。

同年7月の社会保障審議会・介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見（以下、「見直し意見」と略）」においては、「制度の持続性」を高めることを基本課題とおきつつ、サービスの改革、在宅ケアの推進、地方分権の推進を進め、「新たな課題」として「介護予防」「痴呆ケア」「独居」対策を掲げるにいたった。また、懸案だった「被保険者・受給者の範囲」については、明確な結論は示されていない。先に見た自治体の提言と同様な「慎重意見」におされた形となったようである。具体的には、「介護ニーズの普遍性」の観点からは、年齢の枠を設けることの合理性が否定されており、「介護保険財政の安定化」の観点からは「制度の支え手」の拡大をはかり、制度の「持続可能性」を高める必要性が指摘されている。他方、障害者施策との統合に関しては、「そもそも保険システムに馴染まない」という指摘をはじめ、保険料負担の増大問題、現行サービス水準の低下問題、時期尚早論等々が当事者の立場から強く主張された。

今回の「意見」では先延ばしになった被保険者・受給者の範囲拡大と支援費制度との統合問題も、早晚、具体的な議論になっていくであろう。その際に要介護高齢者の生活実態に適応し、その「尊厳を尊重した」生活保障を可能とするシステムの構築に際して、あらためて確認しておかなければならない論点は少なくない。

介護保険制度の到達点と課題

介護保険制度発足後に明らかになってきた諸問題についても、既にいくつかの指摘と解決策の提案がなされている³⁴⁾。これらの成果を踏まえた上で、介護保険制度を

34) 石川満らは、制度発足直後から各種の財政分析に基づきながら、介護保険がもたらす問題点について実証的に明らかにしてきている。石川・自治体問題研究所 [2000], [2001], 石川ほか [2002] 等を参照。また、伊藤周平は社会保障法のアプローチから介護保険制度の理念と構造、運営過程における諸問題について理論的・実践的提起を行なっている。伊藤 [1997] [2000a] [2000b] 等を参照。政府の総合的な基礎構造改革における介護保険の社会的・政治的位置付けと、それが社会福祉政策全体にもたらす影響についての論稿としては、岡崎祐司 [2001a] [2001b] [2002] 等を参照。本稿もこれらの業績から多くを学んで構成す。

めぐって、今後いかに議論を深めていくべきかについて整理をしてみたい。

(1) 保険料負担問題

ひとつは介護保険料問題について。当初から問題とされていたとおり、年金から天引き、あるいは普通徴収される第一次被保険者保険料は、低所得高齢者を中心に大きな負担となっている³⁵⁾。現在の5段階区分では圧倒的な逆進性が是正されないことは、所得に応じた負担の「公平性」からいっても大きな問題である。また2006年度に予定されている第3期保険料改定では、更なる値上げが予想されている。月額20,000円にも満たない年金受給者から、毎月2~3000円の保険料を徴収することは利用料の自己負担等介護費用の捻出はおろか、生活費そのものを奪う結果を招くこととなる。また、市町村の規模、高齢化率、社会資源の整備状況が保険料に大きく影響を及ぼし、かなりの地域間格差が生じていることも看過できない問題である。参考までに、京都府下市町村の保険料を巻末資料として掲載しておいた。

抜本的には、保険給付や市町村特別給付等の増加、滞納・未納分の保険料額、介護報酬の引き上げ等が、そのまま第1号被保険者の保険料に直結する現行システムを改めない限り、第一次被保険者の保険料の高騰に歯止めをかけることはできない。すなわち、社会保険方式をあらため、介護保障の財源は公費で負担する従来のしくみに戻すという結論になろう。また、高齢者の「自立支援」と、家族要件にかかわらずに「要介護」性を認定するはずの制度理念との整合性からみても、設定区分1・2段階では世帯要件を問い、3~5段階ではそれを問わないことは合理的な説明ができない。当面は、武蔵野市の提言にみたように世帯概念を排した個人賦課方式を採用した上で、所得段階区分を増やして累進性を高めることに加え、現状に即した減免制度を設けること³⁶⁾、その補填を公費でまかなうことなどを追及すべきであろう。

(2) 「利用抑制・利用困難」問題

次に、要介護認定システム・利用料負担・支給限度額の設定・社会基盤の未整備によって、実質的な「利用抑制・利用困難」状態が生じている問題である。「自己決定」

↘ されている。

35) 伊藤は低所得者層にとっての介護保険料負担をめぐって憲法14条・25条に触れるものであると論証している。伊藤 [2004] を参照。

36) 石川は、各地で広がる保険料減免制度への取り組みを評価しつつ、より実質的な減免を行なっていくために相談活動の充実、国保減免の応用、実態把握の必要性を説いている。石川 [2001] 20-32頁を参照。

に基づく「選択性」が可能であるはずの介護保険において、積極的・合理的自己決定としてサービスを利用しない判断は、あつてしかるべきであろう。しかし、本人の思いとは別に、実際には消極的・非合理的な決定が行なわれている。

こうした事態は、そもそも介護保険の給付が医療保険とは異なり、「利用者への限定的費用補助方式」³⁷⁾にすぎず、サービスそのものの現物給付ではなく、「サービス費用の償還払い方式による現金給付」³⁸⁾のシステムであることに由来する。つまり、被保険者が事業者と契約をして、サービスが提供された場合にかぎって、その90%を介護報酬として保険者が利用者に代わって支払うにすぎないということである。残りの1割の支払いに際しては、利用者・事業者間問題として保険者はこれに関知することはない。逆に言えば、公共交通機関も未整備で、集落は崩壊し、隣家まで数キロあるような山間地域において、独居で寝たきりになってしまった高齢者がいたとしても、当該地域に必要なサービス事業者が存在せず、被保険者との間で契約が結ばれない事態が生じたとしても、これに代わって保険者が直接にサービスを提供することができないしくみになっているのである。介護保険制度においては、被保険者にサービスを利用する権利はあっても、保険者にはサービスを提供する直接的義務はない。その意味で、多くの指摘があるように、保険者である市町村の公的責任を著しく後退させた制度でもある。少なくとも被保険者の生活・介護の実態を理解するしくみをとるもどすために、要介護認定とケアマネジメント業務を保険者が担い、そこでのリアリティに基づいた介護保険事業計画の策定を行なう必要があるであろう。

また、苦しい家計事情の中で、どうにか保険料を捻出し、最低限の条件をクリアしたとしても、次の段階として、保険者に申請して要介護認定を受け、「要支援」以上の判定が出なければ、介護保険を利用する受給資格は獲得できない。しかも、調査委員が実施する要介護認定の一次判定に用いられるコンピューターソフトが軽度の要介護認定者が増えていく設計になっており、実際の要介護状態とは乖離した判定となることは既に証明されている³⁹⁾。たとえ、二次判定において上方修正がなされたとしても、給付水準は低く、要介護ごとに支給限度額が設定されているため、より手厚い介護が必要な人にとっては支給限度額を超えた部分を全額自己負担しなくてはならない。確かに、高額サービス費制度が設けられてはいるが、サービス利用時に全額支払した後の償還払い方式であるため、一定の経済的余裕がなければ実効性は低いといえ

37) 岡崎 [2001] 126頁を参照。

38) 伊藤 [2000] 114頁を参照。

39) 石田 [1999] を参照。

よう。保険料問題と同様に、現金収入がほとんどない層にとっては、利用料が負担できないがゆえに、「サービスを利用しない」という消極的・非合理的な「自己決定」をせざるをえないのである。

介護給付をできる限り抑えたい政府の立場からすれば、要介護認定は不可欠な存在であるが、それは、介護を要する利用者本人の生活実態からはまったく乖離し、権利を行使させない抑圧システムにすぎない。調査員にとっても要介護認定にかかわる膨大な時間と労力の浪費は大きな損失であろう。その意味でも、要介護認定そのものを廃止し、介護支援専門員が利用者本人の生活実態にふさわしいアセスメントを行なえるしくみをつくる必要があろう。また、必要だと認定されたサービスについては、現行の支給限度額などの制限枠を設けずに提供できるようにしなくてはならない。

さらに、この問題は社会基盤の整備にあたっての考え方が影響している。「自立支援」をめざす「新しい介護システム」を謳った介護保険制度である以上、当然のこととして、独居生活を送る人が寝たきり・痴呆になったとしても「自立」的な生活が約束されなければならない。しかしながら、「研究会報告」の段階における総介護費用の推計の基本的考え方としては、2000年における介護費用のうち40%を施設サービスに、15%を在宅サービスに割くという試算を行なっている。すなわち、社会的に用意すべき介護量というのは、必要推計量の55%にすぎず、その大前提に家族が担う介護量を想定していたということである⁴⁰⁾。家族介護の基盤が崩れつつある今、上記のような利用抑制のしくみを設けてもなお、絶対的にサービス量は不足していくのは目に見えている。在宅介護の負担軽減がみられず、むしろ施設志向が強まっているといわれる事態の中では、在宅福祉サービスに加え、介護保険施設の整備は早急に取り組まなくてはならないはずである。

(3) 介護報酬問題

三番目は社会福祉サービスの質にも大きな影響を与える介護報酬についてである。2003年度の介護報酬の改定では、居宅サービスでわずか0.1%の引き上げにとどまり、施設サービスにいたっては4.0%の引き下げとなった。

居宅サービスのうち、もっとも問題が深刻であった訪問介護に関しては、身体介護中心型・家事援助中心型・複合型の3類型であったものが、身体介護中心型、生活支

40) 高齢者介護・自立システム研究会 [1994] 「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」 参考資料を参照。なお、この点については、伊藤 [2000] でも指摘されている。

援中心型の2類型に変更された。生活支援中心型は、かつての家事援助中心型に比べて多少の改善はみられたものの、そもそもホームヘルプ労働がもつ、利用者の発達を保障し、生活の場を共に想像・発展させ、人間としての社会性を保障するという専門性⁴¹⁾にふさわしい改定には程遠いものといわざるをえない。ホームヘルプ労働において、何より重要な利用者との人間的なふれあいやコミュニケーション⁴²⁾が、介護報酬の対象として保障されないことは、ホームヘルパーの仕事は「家事の代行」にすぎないという誤った社会的認識を改めることをより困難にするものである。こうした専門性を担保する報酬の保障と安定的な雇用条件を確保することが早急に求められているとえよう。

何より、私たちの生活は総合的なものであり、個々人の暮らしの中でさまざまな要素が統合されて初めて、安定的な生活が確保されるのである。心地よい住空間、栄養バランスのよい食事、清潔な衣服が用意できない中で、十分な介護が行なえるはずはない。どちらが欠けても生活は成り立たないのである。しかも、これは生活のミニマムにすぎない。私たちは家の中だけで存在しているのではなく、社会の一員として地域生活を送る主体でもある。本来ならば、地域の人々との交流や自己実現としての学習、労働、文化活動等々に関わることでできる条件を保障しなくてはならない。しかし、こうした発想は介護保険におけるケアプラン作成の前提には全くないことは、この介護報酬の設定をみればおのずと明らかになる。

また、もっとも採算性のあわないといわれてきた居宅介護支援費の改定においては、3段階設定されていたものを一本化して全体的に引き上げられたが、それでも月額ひとりあたり8500円程度である。厚生労働省基準の50人を担当しても月額42万円ほどで必要経費をさしひけば、十分な人件費を確保することは難しい。このため事業者は十分な人員配置が困難となり、個々のケアマネジャーはひとりで膨大な業務を抱えて100時間以上の残業を行わなければいけない実態が、京都のケアマネジャーの調査結果として報告されている⁴³⁾。また、利用者からの「利用料が払えない」「要介護認定に不満がある」「支給限度額が低い」といった介護保険制度に対する不満や訴えに対する対応に加え、複雑な家族問題に対する調整業務までを期待されることも多く、利用者に向き合おうとするケアマネジャーの悩みは尽きない。複雑な家族問題や

41) 石田 [2000]「介護保険とホームヘルパーの実践的課題」34頁を参照。

42) 植田 [2000]「問われるホームヘルプ労働の本質」参照。植田は、ホームヘルプ業務のタイムスタディや事例研究にもとづき、ホームヘルプ労働におけるコミュニケーションがもつ意味の大きさについて述べている。

43) 中島・中村 [2003] を参照。

生活問題に対しては、従来どおり行政のソーシャルワーカーが対応できるような体制づくりと共に、こうした実態を踏まえた介護報酬の見直しがなされるべきであろう。

(4)「施設志向」の強まりが映し出すもの

現在、介護保険制度の持つ構造的諸矛盾を集中的に担わされているのが特別養護老人ホームである。全国で20万人をこす待機者がいることに対し、先にみた「見直し意見」においては、「実際には家族などの意向で入所・入院の申し込みが行なわれている状況」があり、「早期に施設入所することが望ましいと考えられる者は、全体の2割程度に過ぎず、入所申し込み者の中には在宅生活の継続に対する不安から『予防的』な申し込みをするケースも少なくない」と述べられている。介護保険制度の大前提は「在宅生活の継続」であったことを考えると、大量の待機者の増加は政策破綻を示す材料以外のなにものでもない。しかしながら、そうした事実を真摯に受け止めることなく、あたかも「本来入所など必要のない高齢者が、家族の意向だけで待たされている」という印象をもたせるに充分な表現である。

確かに「施設志向」は強まっている。それは、これまでみてきた介護保険制度のもつ基本的性格がもたらした必然的な結果にすぎない。虚弱や独居、初期の痴呆など、要介護認定結果にはあわれにくい生活支援が必要な高齢者、利用料負担の重さ、手厚い介護が必要な利用者にとっての支給限度額の壁と、それを超えて利用する場合の全額自己負担の重さによる「利用抑制・利用困難」により、措置制度時代に利用していたサービスすら受けられなくなった高齢者たちは、まさに在宅生活の基盤を奪われてしまった存在である。そうした人々が現行制度の中で生活するには、特別養護老人ホームなどの生活施設に期待する以外方法はない。さらに、その多くの者は既に自宅ではなく、病院に入院しながら、あるいは老人保健施設に入所しながら、見通しも持てずにひたすら待機しているのだ。

そして、今回の介護報酬改定である。先にも簡単に紹介したとおり、特別養護老人ホームをはじめ、施設サービスはすべて大幅に引き下げられた。加えて、各種の自己負担増額措置が加えられている。特別養護老人ホームでは2003年度から「小規模生活単位型介護福祉施設サービス費」が新設されることとなった。これはいわゆるユニットケア（新型ホーム）において、居住費として「ホテルコスト」を徴収することを定めている。このため、個室利用者は現行の倍額近い自己負担を強いられることとなり、当然、低所得者はこれを利用することは困難になろう。前述したとおり、高齢者にとっての貧困問題を評価しない「高齢者像」に基づいた制度設計は、こうして低所

得者層を排除する構造を生み出していくのである。

高齢者のこうした生活実態に日々向きあい、制度の矛盾をのりこえるべく、日々奮闘しているのが介護職を中心とする現場の職員である。2003年12月に実施された介護労働安定センターの「介護労働実態調査」によれば、特別養護老人ホームで働く介護職（月給労働者）の実賃金をみてみると、150,000円～200,000円未満が32.4%，200,000円～250,000円未満が38.6%を占めている。また、業務別週定就労日数を見てみると平均労働日数は4.9日、平均労働時間は38.3時間である⁴⁴⁾。平均値でみえてくるものにはおのずと限界がともなうが、介護保険のしくみとは別に介護に限定しない高齢者の生活問題に対応しながら、終末まで総合的な生活支援を行なう仕事としては、極めて厳しい労働実態におかれているのは明確であろう。

しかし、こうした実情を正当に評価しない今回の介護報酬の引き下げによって、更なる労働強化が迫られている。介護報酬が下げられ、長時間労働、夜勤の増加、一人当たりの負担の増加等の労働環境の悪化は、労働者の専門性を蝕み、利用者に対する介護サービスの質の低下を招くこととなるであろう。

「見直し」議論を見直す視角

これまでみてきたように、支援費との統合問題はいうに及ばず、被保険者・受給者範囲の拡大問題についても、まずもって実態に即した検討をすることが不可欠である。どの答申をみても制度の本質、高齢者とその家族の現状、それを支える福祉労働現場の実情をきちんと反映した議論の深まりがほとんどみられない。あえてこうした本質議論を不問に付し、十分な検討もないままに、支援費支給制度の「見直し」、さらなる医療制度改革、年金制度改革と、社会福祉・社会保障の「基礎構造改革」が留まることなく推し進められていく。

その意味で、介護保険制度にとどまらず、社会福祉政策・制度の掲げる「理念」がもつ意味と、それを具体化するための多様な装置がもつ性格の本質を読み取ることの重要性が改めて確認される。高齢者の介護保障を実現するためには、介護保険制度の導入しか術がなかったのかどうかについても、もう一度問い直す必要があるだろう。

バブル崩壊を経て、21世紀を迎えた日本経済が危機的状況にあることは、誰の目にも明らかであり、その下で展開される社会保障・社会福祉のシステムは何らかの形で

44) 介護労働安定センター [2004] を参照。

の再構築が迫られていることもまた、周知の事実である。これに対して、経済学・財政学領域からは新自由主義をめぐる批判的考察が展開され、日本がこれまでとってきた経済政策そのものの組みなおしを前提とする新福祉国家体制を確立する議論や、分権型財政システムをベースとしたいいわゆるセーフティネット論等々が提起されてきた⁴⁵⁾。

他方、この間の社会福祉系の学会における議論をみても、制度の理念や政策の本質的性格に関わる本格的な検討、あるいはそれがもたらす実際の諸矛盾・諸問題に対する批判的検討などを行なったものはほとんどみられない。たとえ取り上げたとしてもその大部分が、介護問題のごく一場面を切り取っての効果測定や、システムの効率的運営に関する調査報告、あるいは現実の社会構造の矛盾がもたらす諸問題を捨象した上でのみ成り立つモデル理論の概念検討⁴⁶⁾等に終始しているといつてよいであろう。

私たちの生活は社会がもつ様々な資源を活用しながら成り立っている。介護が必要な人であっても、単に介護サービスが準備されれば事足りるのではない。資本主義社会を支える金融・経済システム、社会全体を動かすしくみとしての行政・財政システム、生命を支える医療・保健、暮らしを支える社会福祉、社会的自立の基礎を創る教育等々が総合的・包括的に整備されなければ、私たちの生活は成立し得ないことは自明のことでありながら、個々の議論の中ではその重要性が後景に追いやられてしまいがちになる。介護保険をめぐる議論を進める上でも、財政的・経済的政策動向、社会保障全体の政策の方向性を包括的にとらえる視点を弱めることで、理念とはかけ離れた結果をもたらす事態を招くことは、これまでの推移をみても明らかであろう。

本稿で検討してきた主たる論者たちが示すように、介護保険制度そのものの限界の解明と、介護政策を含む社会福祉政策全体のもつ問題点について、社会構造そのものとかかわりから総合的・批判的に分析していく視点が不可欠である。それは「社会体制」との関係で社会福祉を分析する方法論の意義を再確認することにつながることである⁴⁷⁾。

45) 新しい福祉国家論を提起する議論についての詳細は二宮 [1999]、渡辺 [2001] を参照。セイフティネット論については、神野・金子 [1999] 等を参照。両者は現行政府のもつ新自由主義的な性格を批判的にのりこえようとするという意味では共通性もちつつも、その手法も結論も異なることはいうまでもない。

46) 瓦井昇 [2003] 等を参照。こうした見解は、日本の社会福祉論・地域福祉論における政策的あるいは構造的アプローチについての評価が著しく低いこと、政策の批判的検討をあえて回避した立論に傾斜することと共通するものである。

介護予防システムの提起からみえてくるもの

上述したような視角をふまえながら、再度「見直し意見」が示した内容のポイントをみてみる。開始まもない介護保険の「制度の持続性」のために「給付の効率性・重点化」が強調される中で、目標にしているのは「明るく活力ある超高齢社会」の構築である。このために「地域を基盤とした安心を与えるシステム」が必要で、それには「社会全体で支えるという『社会連帯』に基づいた改革」が重要だという。また、「基本理念」である「自立支援」からみた課題の実現のためには「①サービスの改革」「②在宅ケアの推進」「③地方分権の推進」があげられる。この内容は、従来の方向性を踏襲したものにすぎないが、①では「質」の向上が、②では施設ケアとの「不均衡」是正が、③では「保険者機能」の強化がそれぞれ強調されている。すなわち、これまでみてきた介護保険がもたらす構造的矛盾を、社会福祉労働者、事業者、保険者のそれぞれの責任で解決するよう求めているといえよう。

また、「新たな課題」として示しているのは、「介護＋予防」モデル、「身体ケア＋痴呆ケア」モデル、「家族独居＋独居」モデルへの対策だという。とりわけ強調しているのが「予防」であり、「予防重視型システム」の中で、初期段階における「脳卒中モデル」「廃用症候群モデル」「痴呆モデル」への対応をしていくということのようである。これに際して、あらたに「新・予防給付」を創設し、現行の「要支援者」と「要介護1」をこちらに移行させるという方向性が示されている。要介護認定で「軽度」と判定された人たちを、実質的に介護保険のサービス利用からはずしていくことが想定されているのであろう。また、「施設サービス体系の見直し」の中で、「地域密着型サービス」を新たに設け、「小規模・多機能型」「地域夜間対応型」「痴呆専用デイサービス」「地域見守り型」などを想定している。

その一方で、「施設以外の多様な住まい」の整備として「居住系サービスの体系見直し」を行なうと共に、「施設サービスのあり方見直し」の提起がなされている。これらは「居住」機能を独立させ、有料老人ホーム、ケアハウスに加えグループホーム等を位置づけなおし、かなりの自己負担を伴う利用形態を定着させることと、特別養護老人ホーム・老人保健施設・介護療養型医療施設等の「入所系サービス」に重度

47) 真田 [1997] 3頁を参照。真田が提起する「三元構造」——社会福祉の対象としての社会問題、これに対する運動、そして政策主体の関係性を基礎におく社会福祉へのアプローチは、今日の社会福祉政策をめぐる理論的・実践的弱点を理解する上で不可欠な視点だと考える。「三元構造」については、真田 [1994]『現代の社会福祉理論』労働旬報社を参照。

化への対応をよりいっそうシフトした上で、ユニットケア等の導入により自己負担を更に強めていく方向性を示している。

さて、こうした方向性の大前提には、「地域における支援体制」や「地域を支える基盤」として、「地域の住民」の参加に対する大きな期待がすえられている。従来の「老人保健事業」や「介護予防・地域生活支援事業」等を再編したサービス提供を実施していくための担い手として、「地域住民」を位置づけ、その参加を奨励しているのである。こうした主張は、2000年6月に名称改正された「社会福祉法」にも通ずるものである。社会福祉法では「地域福祉」が強調され、第4条には「地域住民、社会福祉を目的とする事業を営む者及び社会福祉に関する活動を行う者は、相互に協力し、福祉サービスを必要とする地域住民が地域社会を構成する一員として日常生活を営み、社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会が与えられるように、地域福祉の推進に努めなければならない」と謳われているからである。先にみた「参加型福祉社会」論の奨励ともいえよう。

もちろん、地域福祉の推進主体に地域住民が位置づくことは間違いない。しかしながら、「見直し意見」がいうように「地域住民が公共サービスを含めた様々なサービスの担い手として参加」することが、そのすべてではない。ましてや、「含み資産」としての家族を前提にして「介護サービス量」を推計したのと同様に、事業の「支え手」としてあらかじめ地域住民の「参加」を前提にした「介護予防システム」の構築は、介護保険制度の破綻と同様の結果をもたらすことは明らかである。抽象的な地域社会モデルの中で、福祉コミュニティ形成のために連帯に基づく参加型福祉活動することにより、自動的に高齢者福祉政策の問題が改善されるわけではないからである。

地域住民が、行政の要請に応じて、単に介護予防サービス等の実施主体になるだけではなく、地域における共同性に基づき、独自の方法で高齢者の生活支援に取り組むことを通して、既存の社会にはない新たなシステムを公共的に創りあげる契機とすることこそが、地域福祉を推進していく主体として位置づく意味だと考えるべきであろう。その実現に際しては、地域福祉計画等の社会福祉計画に意識的に参加し、地域住民の理解を広げるとともに、目的を共有する多様な NPO 組織と連携しつつ、国や自治体に働きかけていく運動の主体として位置づくことにより可能となるのである。「参加」すること自体の重要性を否定するものではもちろんない。何に対して、どのように参加するのかについて自覚的であるかどうかの方がより重要なのである。「見直し意見」における「地域住民」への「参加」の期待がどのような意図をもち、何を意味

することになるのかを検討する必要性を指摘しているのである。

要介護者の「自立支援」と介護の「社会化」をめぐる

最後に、「介護保険」の理念にすえられた「自立支援」概念と、多くの国民が期待した介護の「社会化」について、あらためて若干のコメントを加えておきたい。

介護保険制度に関する議論が始まった当初、これに賛同する女性たちは少なくなかった。それは、「介護は社会で、愛は家族で！」（「介護の社会化を進める1万人市民委員会」）などというキャッチフレーズにみられるように、何年にもわたり家庭で介護を続けてきた家族にとっては、歓迎こそすれ反対する対象でなかったのはいうまでもない。ましてや、あえて家族の介護力は考慮せずに、本人の要介護度のみを基準にサービスが提供されるということを謳っていた以上、これまで日中独居であっても子ども世帯と同居していて世帯収入は一定確保されていた為に、社会福祉サービスの優先順位の低かった層からも、肯定的に受けとめられる要素となったのである。

確かに介護の「社会化」は、とても重要なことである。「家族介護からの解放」とは、家族介護者がひとりの人間として社会的自由を手に入れることと同時に、要介護者が家族以外の人とかかわる機会を提供することでもある。人は社会において、多様な他者と関わる中で発達していく存在である。その意味で、「介護の社会化」がいかなる形で担保されるのか、そしてそれがいかなる社会の創造をめざした理念に基づくものなのかを追求することの意味は決して小さくはない。少なくとも、現状の社会福祉政策の中では、これがきちんと位置づいているとはいえない。介護場面に限らず、生活全般の中における家事の位置づけ、個々人にとっての家事・育児・介護を行なう意味と重さについて、より実証的・理論的に検討していくことが必要であろう。

一方で、個々人の自由を前提として利用者本人の「自立」を強調し、それゆえの自己責任を迫る政策が、他方で利用者を支える家族の現在の自由を制限し、将来の自立を阻む性格を有することを、私たちの共通認識にしていけることが必要であろう。政策のもたらす現実を分析するとともに、政策がよってたつ理念と思想を検討し、その内実を示しつつけることの意味はそこにある。

誰にとっての何からの「自立」なのか問われなければならない。生活を送る上で介護を必要とする人たちの「自立」とは、公的な介護を受けずに何でも自分の力だけでできるようになることを必ずしも想定しない。先に見た福祉労働者の営みに現れるような、人の発達と社会性の保障をめざして、生活の場を共に創造・発展させる関係

—自律のためのよき援助関係—の構築のなかで得られる状態をめざすべきである。確かに身体・精神の完全なる自由は、人間の希求するものではあるが、現にそれが困難な状態におかれている人に、「自己決定」とセットにした「自立」を最終目標にすることは、実態に即した「自立支援」とはいえない。要介護状態にある人たちの生活問題をリアルにつかみ、それを軽減・除去していく実践の中から、あるべき理念を構築することなしに問題の本質的改善はなされていかないことは確かである。

私たちが求める自立のなかり、それを支えるにふさわしいしくみづくり、個人の尊厳をまもりつつ、これにかかわる家族の尊厳、福祉労働者の尊厳を担保するシステム。それこそが新しいシステムであり、そのなかりである。具体的な方策は示されている。これを説明するに足る概念・理念のさらなる整理と、貧困や生活の縮小といった側面も含めた高齢者の生活の総合的検証、それを基礎とする構造的アプローチの理論展開が求められているといえよう。そうすることを通して、介護保険制度をめぐる今後の議論をより深めていくことが可能となるであろう。

引用文献

- 相澤與一 [1996]『社会保障の保険主義化と「公的介護保険」』あけび書房
- 石川満 [1998]『欠陥「介護保険」——改革・改善への提言』自治体研究社
- 石川満・自治体問題研究所編 [2000]『資料と解説 先進自治体の介護保険制度』自治体研究社
- 石川満・自治体問題研究所編 [2001]『介護保険の公的責任と自治体』自治体研究社
- 石川満・小川栄二・加茂圭三・小高宏道・岳野百合子・森永伊紀・渡辺潤 [2002]『自治体は高齢者介護にどう責任をもつのか 福祉事務所・ホームヘルパーと相談援助活動』萌文社
- 石田一紀・住居広士 [1999]『納得できない要介護認定』萌文社
- 石田一紀・植田章ほか [2000]『介護保険とホームヘルパー ホームヘルプ労働の原点を見つめ直す』萌文社
- 伊藤周平 [1997]『介護保険 その実像と問題点』青木書店
- [2000a]『介護保険と社会福祉』ミネルヴァ書房
- [2000b]『検証 介護保険』青木書店
- [2004]「介護保険料賦課決定処分取消訴訟 大阪地裁への意見書その1・その2」『賃金と社会保障』1369・1370号、旬報社 56-73頁・48-65頁
- 岡崎祐司 [2001]「社会福祉『基礎構造』改革と社会福祉サービス保障の課題」『社会学部論集』(34) 佛教大学、123-141頁
- [2002a]「小泉『構造改革』と社会保障・社会福祉の再編（上）——地域における対抗軸の構築——」『季刊自治と分権』(7)、90-104頁
- [2002b]「小泉『構造改革』と社会保障・社会福祉の再編（下）——地域における対抗軸の構築——」『季刊自治と分権』(8)、82-91頁
- 介護労働安定センター [2004]『平成16年版介護事業所における労働実態』介護労働安定センター

- 唐鎌直義 [2002]『日本の高齢者は本当にゆたかか 転換期の社会保障を考えるために』萌文社
- 河合克義・唐鎌直義・岡崎祐司・宮崎牧子／自治労連・地方自治問題研究機構編 [2001]『地域介護調査からみた高齢者の実像「高齢者介護に関する住民生活実態調査」報告書』萌文社
- 瓦井昇 [2003]『福祉コミュニティ形成の研究 地域福祉の持続的発展をめざして』大学教育出版
- 岸田孝史 [1998]『措置制度と介護保険 公的責任制度の再構築をめざして』萌文社
- 京極高宣 [1996]『介護保険 老後を待ち遠しくする公的介護保険システム』ベネッセ
- 京極高宣 [1997]『介護保険の戦略 21世紀型社会保障のあり方』中央法規出版
- 里見賢治・二木立・伊東敬文 [1996]『公的介護保険に異議あり [もう一つの提案]』ミネルヴァ書房
- 真田是 [1997]「社会福祉の臨調『行革』の長期化はなぜか——社会福祉における政策と運動——」『総合社会福祉研究』第10号, 総合社会福祉研究所, 2-11頁
- [1994]『現代の社会福祉理論』労働旬報社
- 神野直彦・金子勝編 [1999]『「福祉政府」への提言 社会保障の新体系を構想する』岩波書店
- Johnson, N. (1987), *The Welfare State in Transition: The Theory and Practice of Welfare Pluralism*, Wheatsheaf. 青木郁夫・山本隆記 [1993]『福祉国家のゆくえ——福祉多元主義の諸問題』法律文化社
- 全国社会福祉協議会 [1989]『多様化するホームヘルプサービス 住民参加型福祉サービスの戦略』
- 『賃金と社会保障』[2004a] 1366・3月下旬号, 旬報社
- 『賃金と社会保障』[2004b] 1370・5月下旬号, 旬報社
- 土肥徳秀 [2000]『全国一律不平等』萌文社
- 中島裕彦・中村暁 [2003]「事例とアンケート調査に見るケアマネジャーの現実と緊急の課題」, 『総合社会福祉研究』22号, 総合社会福祉研究所, 43-54頁
- 二宮厚美 [1999]『現代資本主義と新自由主義の暴走』新日本出版社
- 日本経済新聞社編 [1975]『福祉論争——ライフサイクル計画をめぐる』日本経済新聞社
- 八田達夫・八代尚宏編 [1995]『「弱者」保護政策の経済分析』日本経済新聞社
- 藤松素子 [1994]「地域における社会福祉の展開について」『立命館産業社会論集』第29巻第4号, 85-126頁
- 藤松素子 [2002]「地域政策の動向と住民生活」岡崎祐司・河合克義・藤松素子編『現代地域福祉の課題と展望』かもがわ出版, 18-54頁
- 宮武剛 [1995]『「介護保険」とは何か』保健同人社
- 村上泰亮他編 [1975]『生涯設計計画——日本型福祉社会のビジョン』日本経済新聞社
- 八代尚宏・小塩隆士・寺崎泰弘・宮本正幸 [1996]「介護保険の経済分析」経済企画庁経済研究所編『経済分析 政策研究の視点シリーズ第1巻』大蔵印刷局